


RECOMMANDATIONS DU RESEAU PERINATAL LORRAIN

<p>Réseau Périnatal Lorrain</p> 	<p style="text-align: center;">RECOMMANDATIONS RPL_2015_CORTICOTHERAPIE ANTENATALE</p> <p style="text-align: center;">MATURATION FŒTALE PAR CORTICOTHERAPIE ANTENATALE</p>	<p>Version du 10/07/2015</p> <p>Rédaction Dr Gauchotte Dr Rouabah Mme Creutz Leroy Mme Trabelsi</p> <p>Validation Bureau du Réseau Périnatal Lorrain en date du 10/07/15</p>
---	--	--

I – GENERALITES

L'immaturation alvéolaire est responsable du syndrome de détresse respiratoire qui touche essentiellement le nouveau-né prématuré (SDR). Ce syndrome constitue la plus grande cause de mortalité et de morbidité en période par défaut de surfactant (par absence ou insuffisance).


Les glucocorticoïdes jouent un rôle déterminant dans les contrôles hormonaux (il existe des récepteurs aux corticoïdes dans le mésenchyme pulmonaire). Leur administration va donc :

- Accélérer la différenciation des pneumocytes de type II,
- Entraîner une modification de certaines structures du parenchyme pulmonaire en augmentant en particulier les espaces alvéolaires,
- Exercer également une accélération de la maturation sur d'autres organes.

II – OBJECTIFS

Corticothérapie anténatale	Objectifs	Commentaires
	<p>Améliorer le pronostic néonatal</p> <p>Par :</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Une meilleure adaptation à la vie extra utérine ➤ La réduction de moitié de l'incidence et de la sévérité des détresses respiratoires par maladie des membranes hyalines ➤ La réduction de moitié de l'incidence des hémorragies intra ventriculaires ➤ La réduction de l'incidence des entérocolites ulcéro-nécrosantes ➤ La réduction de la mortalité néonatale


III - INDICATIONS

	Objectifs	Commentaires
	IL EST NECESSAIRE DE RECALCULER SYSTEMATIQUEMENT LE TERME DE LA GROSSESSE AVANT TOUTE DECISION DE MATURATION.	
	Evaluer le terme	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'âge gestationnel doit être recalculé précisément et exprimé <u>en SA + x jours</u> avec les éléments à disposition (DDR, date de grossesse déterminée par l'échographie de datation).
Tout risque de naissance prématurée entre 23 SA + 5j (avec un délai d'efficacité à 48h) et 33 SA +6j		
Indications	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Menace d'accouchement prématuré (MAP) ➤ Toute situation imposant une interruption prématurée de la grossesse : <ul style="list-style-type: none"> - Pathologies maternelles et fœtales - Pathologies obstétricales dont rupture prématurée des membranes, chorioamniotite, hémorragie. ➤ Au-delà de 34 SA, la corticothérapie anténatale n'est pas recommandée. 	
Exceptions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Au-delà de 34 SA, la corticothérapie anténatale peut être discutée si le fœtus est porteur d'une hernie diaphragmatique congénitale ou d'une hypoplasie pulmonaire avérée. ➤ <i>La maturation fœtale peut être envisagée au cas par cas pour les fœtus d'âge gestationnel compris entre 23SA et 23SA + 5 jours, si une demande formelle de prise en charge est exprimée par les parents après une information claire et loyale.</i> ➤ <i>La décision est prise conjointement par les parents, l'équipe médicale en charge de la mère et les équipes obstétricales et néonatales, et/ou de réanimation de type 3 qui seront en charge de l'enfant à naître.</i> 	
Contre-indications	Aucune contre-indication absolue	<p>De manière exceptionnelle, certaines pathologies maternelles incitent à la discussion sur l'indication – contre-indication de la corticothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chorioamniotite, sepsis sévère • Ulcère hémorragique ou hémorragie digestive • Hypokaliémie sévère • Hypertension artérielle sévère • Anomalies de la coagulation ou thrombopénie, traitement anticoagulant
<p> La corticothérapie anténatale ne doit pas retarder la naissance lorsque l'indication d'extraction devient urgente.</p>		

III - PRISE EN CHARGE ET TRAITEMENT

Cf. la recommandation du Réseau Périnatal Lorrain « menace d'accouchement prématuré à membranes intactes »

Il convient de se poser systématiquement les questions suivantes :	
Faut-il réaliser une corticothérapie anténatale ?	➤ Oui pour tout risque de naissance prématurée entre 23 SA +5j (avec un délai d'efficacité à 48h) et 33 SA +6j
Faut-il transférer la patiente vers un établissement adapté à l'âge gestationnel ?	Si oui : 1. La patiente est-elle transportable ? 2. Y a-t-il un risque d'accouchement pendant le transport ?
A noter que toute corticothérapie de maturation instaurée implique un transfert vers un établissement adapté à l'âge gestationnel.	

Modalités pratiques	
Médicaments	➤ Bétaméthasone : BETNESOL [®] ou CELESTENE [®]
Une cure complète = 2 injections de 12 mg de Bétaméthasone à 24h d'intervalle	
	➤ Soit BETNESOL [®] 3 ampoules de 4mg ➤ Soit CELESTENE [®] 3 ampoules de 4 mg
	 La dexaméthasone est contre-indiquée car elle a un effet délétère sur le système nerveux central fœtal.
Voie d'administration	En injection intra musculaire (IM)
	Si CI à l'IM, l'injection par voie intraveineuse peut être discutée. Il n'existe pas de recommandations disponibles sur la voie IV.
Remarques	➤ La 1 ^{ère} injection doit être faite sans retard dès que l'indication est posée <u>et avant tout transfert materno-fœtal</u> si celui-ci est indiqué. ➤ L'attente de résultats biologiques ne doit pas retarder sa réalisation ➤ Le bénéfice de la corticothérapie anténatale est prouvé même si la naissance intervient dans les 24 premières heures du traitement voire dans les minutes suivant la 1 ^{ère} injection (bénéfice neurologique) ; il est optimal 24h/48h après la 2 ^{ème} injection de corticoïdes ➤ Pas d'indication d'antibioprophylaxie liée à l'administration de corticoïdes.

IV – PRECONISATIONS SUR LE NOMBRE DE CURES

<i>Le principe est d'éviter la répétition des cures</i>	
Indication d'une répétition de cure	Lors d'un nouvel épisode de risque de naissance prématurée dans les 48 heures ET que la 1 ^{ère} cure date de plus de 10 à 15 jours maximum ET en dessous de 34 SA révolues (33 SA +6 j)
En cas de répétition des cures	<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Pas plus de 2 cures au total</u> ➤ Intervalle minimum entre 2 cures : 10 jours
<i>Au-delà de 2 cures</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aucun bénéfice supplémentaire prouvé ➤ Risque fœtal : infection néonatale, perturbation de la croissance staturale et cérébrale.

VIII – PRECAUTIONS D'EMPLOI

<i>Cf. les protocoles locaux</i>	
<u>Patientes à risque de diabète gestationnel</u>	Age >35 ans Diabète de 1 ^{er} degré, Antécédent de diabète gestationnel, Antécédent de macrosomie, Hydramnios, Suspicion de macrosomie,
Surveillance	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Surveiller la glycémie capillaire ➤ Si diabète insulino-dépendant : insulinothérapie intraveineuse continue (IVC) avant 1^{ère} injection corticoïdes en surveillant glycémie capillaire
	➤ Contactez le diabète-endocrinologue pour adapter le traitement

BIBLIOGRAPHIE

- 1 I. Hamon, J.-M. Hascoet. Comment améliorer les pratiques médicales « materno-foetales » ? La corticothérapie périnatale : actualités.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 (suppl. au n°6) : 2S50-2S53.
- 2 Aghajafari F, Murphy K, Willan A, Ohlsson A, Amankwah K, Matthews S, Hannah M. Multiple courses of antenatal corticosteroids: a systematic review and meta-analysis.
Am J Obstet Gynecol 2001;185: 1073-80.
- 1
- 3 La menace d'accouchement prématuré (MAP) à membranes intactes (2002). Recommandations pour la pratique clinique.CNGOF
- 4 Senat MV. Les corticoïdes dans la maturation pulmonaire fœtale : comment et quand les prescrire ? J Gynécol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31(suppl. au n°7) : 5S105-5S113
- 5 F. Goffinet, B. Carbonne, M. Dreyfus, C. d'Ercole, D. Cabrol CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Conclusions (2002)
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 31 (2003) 178–183
- 6 Saizou C, Sachs P, Benhayoun M, Beaufils F. Corticothérapie anténatale: bénéfices et risques.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34 (suppl. au n°1): 2S111-2S117.
- 7 Caroline A Crowther, Ross R Haslam, Janet E Hiller, Lex W Doyle, Jeffrey S Robinson, for the Australasian Collaborative Trial of Repeat Doses of Steroids (ACTORDS) Study Group*. Neonatal respiratory distress syndrome after repeat exposure to antenatal corticosteroids: randomised controlled trial.
Lancet 2006; 367: 1913–19
- 8 Olivier Baud, Augusto Sola. Corticosteroids in perinatal medicine: How to improve outcomes without affecting the developing brain?
Seminars in Fetal & Neonatal Medicine (2007) 12, 273-279
- 9 Barondiot C, Morel O, Vieux R, Sery GA, Floriot M, Hascoet JM. Maturation par bétaméthasone au cours d'une grossesse de femme présentant un diabète compliqué : le mieux est-il l'ennemi du bien ?
Archives de pédiatrie 14 (2007) 989–992
- 10 Kellie E Murphy, Mary E Hannah, Andrew R Willan, Sheila A Hewson, Arne Ohlsson, Edmond N Kelly, Stephen G Matthews, Saroj Saigal, Elizabeth Asztalos, Susan Ross, Marie-France Delisle, Kofi Amankwah, Patricia Guselle, Amiram Gafni, Shoo K Lee, B Anthony Armson, for the MACS Collaborative Group*. Multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth (MACS): a randomised controlled trial. Lancet 2008; 372: 2143–51.
- 11 G Moriette, S Rameix, E Azria, P Andrini, L Caeymaex, C Dageville, F Gold, P Kuhn, L Storme, U Simeoni, Groupe de réflexion sur les aspects éthiques de la périnatalogie. Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge : enjeux éthiques, principes de prise en charge et recommandations. Archives de Pédiatrie 2010 ; 17 :527-539